

ДЕПАРТАМЕНТУ СТРАХОВЫХ ВОЗМЕЩЕНИЙ

Заявление о страховом возмещении (в случае повреждения или полной гибели транспортного средства)



Заявитель

Имя, фамилия: _____ Перс.код: _____

Адрес: _____ Индекс: _____

Телефон: _____ э-почта: _____

Номер полиса (KASKO или OCTA ответственного лица): _____

Информация о происшествии

Дата: _____ Время: _____ Место (адрес): _____

Информация о транспортных средствах

Ваше транспортное средство: _____ Второе транспортное средство*: _____

Марка, модель: _____ Марка, модель: _____

Гос. Регистрационный №: _____ Гос. Регистрационный №: _____

* Если в происшествии участвуют более двух транспортных средств, остальные указать в разделе: Информация об обстоятельствах происшествия!

Информация о водителе Вашего транспортного средства

Имя, фамилия: _____ Перс.код: _____

Адрес: _____ Телефон: _____

О случившемся сообщено

112 _____ (указать тел., с которого звонили, и рег. номер звонка, если он известен) Дата: _____ время: _____

ВТА 26 12 12 12 _____ (указать телефон, с которого звонили) Дата: _____ время: _____

Полиции _____ (указать какому отделению, номер телефона, на который звонили и с которого звонили) Дата: _____ время: _____

Другой институции _____ (указать кому и каким образом) Дата: _____ время: _____

Оформление происшествия

Протокол полиции _____ (номер протокола) Согласованное заявление Ни один из указанных документов не был составлен

Дополнительная информация

| | |
|---|--|
| Через какой промежуток времени после происшествия Вы оставили место происшествия? | _____ часов _____ минут |
| Были ли у Вашего транспортного средства не устраненные повреждения до этого происшествия (например, вмятины, царапины)? | Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> (указать, какие) |
| Подавалась ли заявка на возмещение убытков по данному случаю в другое страховое общество? | Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> (указать, в какое) |
| Находился ли кто-либо из участвующих в происшествии водителей т/с под воздействием алкоголя или наркотических веществ? | Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> (указать, кто именно) |
| Покинул ли кто-либо из участвующих в происшествии водителей транспортных средств место происшествия самовольно? | Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> (указать, кто именно) |
| Есть ли в результате происшествия пострадавшие или погибшие (нужное подчеркнуть)? | Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> (указать, кто именно) |
| Доступны ли фото или видеозаписи с места происшествия? | Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> (указать, какие) |

Осуществлялась ли транспортировка транспортного средства с места происшествия: _____ (каким образом)

Производился ли полный или частичный ремонт повреждений, полученных в результате происшествия: _____ (указать, какой)

Размер причиненных убытков: _____ (если известен)

Ваше транспортное средство назначенный ВТА эксперт может осмотреть:
 На территории ВТА В другом месте: _____ (указать адрес, имя, фамилию и телефон контактного лица)

Заявитель

Имя, фамилия: _____

Подпись: _____

Дата: _____

Свидетели происшествия: 1. _____

2. _____

(если известно, указать имя, фамилию, перс.код, адрес, телефон)

Информация об обстоятельствах происшествия

Описание

Подробно, в хронологическом порядке

Описание повреждений Вашего транспортного средства, возникших в результате происшествия:

Схема в момент происшествия:

+ Добавить изображение (в формате PDF)

Legend for the accident scene diagram:

- Ваше т/с
- Другое т/с
- дорожный знак
- перекрёсток
- препятствие
- поврежденное место транспортного средства

* Если в ДТП участвовало больше 2 транспортных средств, тогда отобразите все

Погодные условия и состояние дорожного покрытия: _____

Скорость движения Вашего транспортного средства (km/h): _____

Другая существенная информация о происшествии (наблюдения, несоответствия): _____

Заполняет лицо, которое претендует на страховое возмещение (владелец, уполномоченное лицо)

Желаемый вид получения страхового возмещения (указать один):

- Оплата ремонтных услуг в автосервисе, согласованном с ВТА (в городе, крае): _____
- Перечислением владельцу транспортного средства (держателю - в случае кредитных обязательств)

Имя, фамилия/Название: _____ Перс.код/Рег.номер: _____

Адрес: _____

Название банка: _____

Номер счета: _____ Валюта: _____

Решение о страховом возмещении и корреспонденцию прошу выслать владельцу/держателю транспортного средства:

- по эл. почте: _____
- по почте на вышеуказанный адрес

Уполномочиваю ВТА выбрать один из вариантов информирования в случае, если не указан ни один или указаны оба варианта.

Информация о приложенных к заявлению документах

- Копия водительского удостоверения
- Копия Регистрационного свидетельства т/с
- Согласованное извещение:
 - оригинал копия
 - Другие _____

Подписывая настоящее заявление, подтверждаю, что информация, предоставленная мной, соответствует действительности, является всеобъемлющей и точной. ВТА сообщает, что для исполнения заключенного договора, из Закона о защите данных физических лиц вытекает право ВТА, за соблюдением установленного упомянутым законом, обрабатывать, в т.ч. получать из регистров и баз данных, личные данные Страхователя и Застрахованного, в т.ч. персональные идентификационные коды для получения страховых услуг, а именно: для урегулирования случая наступления заявленного страхового риска, принятия решения о признании случая наступления застрахованного риска страховым случаем, определения размера страхового возмещения и выплаты страхового возмещения. Разрешаю ВТА обрабатывать мои личные данные, в т.ч. статистику идентификационных кодов для проведения исследований, анализа рынка и общественного мнения и составления отчетов, а также, для проведения опросов среди клиентов и в целях управления рисками.

разрешаю ВТА обрабатывать мои личные данные, в т.ч. статистику идентификационных кодов для проведения исследований, анализа рынка и общественного мнения и составления отчетов, а также, для проведения опросов среди клиентов и в целях управления рисками.

Заявитель

Имя, фамилия: _____

Подпись: _____

Дата: _____

Заполняет представитель ВТА!

Дата получения: _____

Имя, фамилия получателя: _____

Подпись: _____